

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE **248** No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert JEAN

Né le 25 mars 1905 à Avignon (Vaucluse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES PARADENTAIRES
SUR DENTS DE LAIT

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1934

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551620_0003

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert JEAN

Né le 25 mars 1905 à Avignon (Vaucluse)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES KYSTES PARADENTAIRES

SUR DENTS DE LAIT

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MEDECINE

1934

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Leon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâ-
trie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E).. Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale
BULLIARD..... Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
DONZELOT ... Pathologie médicale.
FEY..... Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENEAU... Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.
HAZARD..... Pharmacologie.
HUGUENIN..... Anatomie pathologique
JOANNON..... Hygiène.
LABBE (Henri). Chimie biologique.
LACOMME..... Obstétrique.
LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
trie.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
OBERLING..... Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
QUENU..... Pathologie chirurgicale
RICHET..... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
SEZARY..... Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIERS Pathologie expérimentale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) ... Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	GUENIOT.....	Clinique obstétricale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale.	METZGER.....	Clinique obstétricale.
MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education Physique.
FREY.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PERE

A MON PERE ET A MA MERE

A MON FRERE

En témoignage de ma pro-
fonde affection.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHEF DU SERVICE DE LARYNGOLOGIE DE L'HOPITAL
LARIBOISIÈRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de ma respectueuse
gratitude pour le grand honneur
qu'il me fait en acceptant de
présider cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DECHAUME

STOMATOLOGISTE DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a inspiré ce travail.
En remerciement des documents
et des nombreux conseils
qu'il m'a donnés.

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MES MAITRES
DAS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'ECOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

Introduction

Notions générales sur les Kystes dentaires

Les kystes ou tumeurs liquides d'origine dentaire peuvent se diviser en trois catégories principales.

1° Les kystes adamantins constitués par des tissus analogues à ceux de l'émail à l'état embryonnaire : revêtement épithélial avec des cellules adamantines, et une assise conjonctive dans laquelle on trouve des cordons ou des tubes épithéliaux.

Ils sont constitués par plusieurs loges. Ils se développent en un point du maxillaire où une dent permanente qui aurait dû faire son apparition n'est pas apparue. On les rencontre généralement au maxillaire inférieur, au niveau de l'angle.

Leur évolution est lente et insidieuse. Les récidives sont fréquentes, aussi devront-ils être opérés largement, assez souvent une résection sera nécessaire. Ils sont d'ailleurs exceptionnels.

2° Une deuxième catégorie est constituée par les

kystes que nous appellerons « dentifères », car leur pathogénie étant encore discutée, ce terme ne préjuge en rien du point de départ de la tumeur.

Ce sont des néoformations épithéliales en forme de kyste uniloculaire en rapport avec une dent non sortie sur l'arcade ; la couronne de cette dent est incluse à l'intérieur du kyste qui vient s'insérer au collet, la racine plus ou moins complètement développée étant extérieure au kyste. Ils s'observent en général dans un âge peu éloigné de l'enfance ou de l'adolescence. En dehors de la notion de dent incluse leur symptomatologie et leur évolution clinique sont analogues à celles des kystes paradentaires. Ils sont peu fréquents.

3° Les kystes paradentaires ou radiculo-dentaires composés, comme les kystes dentifères, essentiellement d'une paroi avec vers le centre une couche épithéliale et autour une couche conjonctive.

Ils sont dus à la transformation d'un granulome périapical consécutif à une infection atténuée d'origine dentaire, une dent étant atteinte de gangrène pulpaire ou de mortification pulpaire sans carie.

On peut diviser ces kystes para-dentaires en deux classes.

a. Les kystes para-dentaires en rapport avec une dent permanente. Ce sont des tumeurs de l'âge adulte très fréquentes, couramment observées en clinique.

b. Les kystes para-dentaires développés à l'apex d'une dent de lait. Ils sont exceptionnels.

C'est cette deuxième classe de kystes para-dentaires que nous nous proposons d'étudier ici. Nous allons d'abord en citer quelques observations.

Observations

Observation 1

Lemaître et Ruppe. Archives internationales de Laryngologie (1924). « *Un cas de kyste para-dentaire né aux dépends d'une dent de lait* ».

« T. Marcel âgé de 6 ans est conduit par ses parents à la consultation de l'hôpital Saint Louis pour une déformation de la joue gauche qui, apparue progressivement sans déterminer le moindre trouble fonctionnel a été remarquée il y a deux mois seulement.

Actuellement les téguments de la joue, normaux d'aspect, sont soulevés par une tuméfaction profonde qui comble la région sous-malaire. L'examen du vestibule montre une voussure de la grosseur d'une noix recouverte d'une muqueuse normale, et qui siège immédiatement au-dessus de la première molaire, temporaire, laquelle est cariée. La palpation de la partie haute de la masse donne une sensation de tumeur liquide des plus nettes ; il semble que le liquide soit sous la muqueuse. Tout autour de cette zone

fluctuante existe une collerette osseuse qui se continue à la périphérie avec l'os normal. En aucun point on ne trouve de crépitation parcheminée.

La radiographie donne une image kystique caractéristique, c'est-à-dire une zone claire, homogène, dont les bords sont nets, réguliers, arrondis. La racine de la première molaire de lait pointe dans la partie inférieure de la cavité kystique ; son apex est dépourvu de ligament alvéolo-dentaire, mais il est très pointu et n'a pas encore subi de résorption. Les germes dentaires sont refoulés par le kyste et se disposent à la périphérie de la paroi kystique.

A la pontion on retire un liquide jaunâtre, avec des paillettes de cholestérine.

Intervention le 31 mai 1924.

On incise au bistouri d'abord la muqueuse vestibulaire, puis la paroi externe du kyste à laquelle est accolé le germe de la première prémolaire que l'on enlève en même temps que la paroi externe. On évacue le contenu liquide, puis à l'aide de la spatule on procède au décollement de la paroi qui est extirpée en totalité. On enlève alors la première molaire de lait : les rapports qu'affecte cette dent avec la poche kystique sont tout-à-fait comparables à ceux des racines d'une dent permanente lorsqu'elles sont le point de départ d'un kyste radiculo-dentaire ; l'apex est en effet dénudé et intra-kystique et la paroi du kyste

s'insère sur la racine à quelques millimètres de l'apex. L'opération terminée on aperçoit deux corps blanchâtres qui ne sont autres que les germes de la canine et de la seconde prémolaire. Celui de la canine refoulé en haut et en avant répond à la partie externe du plancher de la fosse nasale gauche ; celui de la deuxième prémolaire refoulé en arrière et en dehors est encastré dans une logette qui répond au plancher du sinus soulevé par le kyste et modifié dans sa forme.

Suites opératoires normales ».

Observation II

Roy. *Odontologie* janvier 1932.

« Kystes de molaire temporaire ».

« Je vous présente aujourd'hui un kyste radiculaire chez un enfant produit par l'infection d'une dent de lait.

Il s'agit d'une petite fille de 8 ans que j'ai opérée il y a un mois d'un kyste de la machoire inférieure de la grosseur d'une grosse noix, dû à une carie infectée de la deuxième molaire temporaire gauche. Je vous montre les radiographies prises avant l'opération et je vous présente ma petite opérée, parce qu'il est intéressant de voir la position de ses prémolaires permanentes que l'on voit dans le fond de la brèche

résultant de l'ablation du kyste : la première prémolaire occupe à son stade d'évolution normale une place sensiblement normale, mais la deuxième prémolaire a été refoulée complètement sous la racine mésiale de la première grosse molaire où on la voit très nettement ».

Observation III

Minière *Revue de Stomatologie* août 1933. « Propos sur le traitement et l'étiologie des kystes dentifères ».

« Le 24 mars 1932, le Docteur Jousseau me s'adresse pour intervention un jeune garçon de 8 ans 1/2 Bad..., René, qui présente une volumineuse tumeur de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche, perçue par le malade et son entourage depuis plus d'un an mais grossissant beaucoup depuis quelques mois,.

A l'inspection asymétrie faciale comme par une grosse fluxion de la joue gauche. En écartant cette joue on est frappé par le volume considérable de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur qui est boursoufflée et atteint dans sa partie supérieure le volume d'un œuf de poule. Saillie globuleuse, lisse, régulière, comblant en partie le sillon gingivo-jugal, situé entre la dent de six ans et la canine.

La muqueuse gingivale est si amincie, si tendre,

qu'à la partie supérieure du maxillaire elle est translucide et revêt une coloration bleutée, telle une grenouillette.

Fait notable sur lequel j'attire votre attention, cette tuméfaction est couronnée des débris de la dernière molaire temporaire qui, martelée par les dents antagonistes gênent notre petit malade et ont provoqué notre examen. La dent de six ans est saine, très légèrement mobile, elle semble être refoulée en arrière par le développement de cette énorme masse. A la palpation cette tuméfaction est indolore, fluctuante. La paroi osseuse inexistante dans toute la partie supérieure du kyste rend inutile toute recherche de crépitation parcheminée.

Pas de fistule, bien que le patient assure que plusieurs fois déjà cette poche s'est rompue dans sa bouche. Pas d'œdème, pas d'adénopathie. La ponction ramène un liquide jaune clair, visqueux, filant, sans pus ni paillettes de cholestérine.

Le diagnostic de kyste dentifère semble incontestable et pour le confirmer je demande une radiographie.

Radiographie. — Cette radiographie exécutée par le Docteur Decoulare se révèle particulièrement intéressante. En avant d'une dent de six ans d'évolution normale le maxillaire inférieur est encoché par une grosse cavité kystique qui en occupe toute la moitié

supérieure, la moitié inférieure semble être assez solide pour ne pas faire craindre une fracture au cours de l'intervention. Remarquez les germes des deux prémolaires inclus dans ce kyste, l'un accolé contre la dent de 6 ans, l'autre en plein milieu du kyste ; et semble-t-il nous n'aurons qu'à le cueillir au cours de l'intervention.

Intervention. — Celle-ci a lieu en avril 1932. Sous anesthésie locale incision au niveau de la crête alvéolaire dont un large lambeau en quartier d'orange est resequé. Recherche la borieuse et vaine d'un plan de clivage. Le très mince épithélium de la poche kystique est enlevé par lambeaux au moyen d'une curette. Les germes des deux prémolaires apparaissent dans le fonds de la cavité, mais contrairement à notre attente ils sont bien fixés ; ils adhèrent fortement à la partie basilaire du maxillaire, non seulement par leur paquet vasculo-nerveux mais par tout un pont osseux, peut être décalcifié par une circulation plus active puisque non visible à la radiographie, mais en tout cas résistant. Nous jugeons sinon inutile du moins prématuré de les extraire, et les laissons en place. La cavité préalablement asséchée, est badigeonnée largement au chlorure de zinc au dixième et tamponnée par une mèche à l'iodoforme pendant 48 heures.

Suites tout-à-fait normales. Lavages à la seringue de la cavité dont l'orifice ne tarde pas à se retrecir.

En juin 1932 la cicatrisation est complète, le volume du maxillaire considérablement réduit sans être revenu tout-à-fait à la normale. En mai 1932, un an après l'intervention je revois notre opéré et l'ai la satisfaction de constater ainsi qu'en témoigne cette seconde radiographie que les deux prémolaires abondonnées au fond de la cavité kystique ont fini leur éruption et sont venues se ranger dans un ordre parfait sur une arcade ramenée à des dimensions absolument normales. Sans doute leur calcification n'est pas complètement achevée (comme il est de règle à 9 ans 1/2) mais l'opacité du maxillaire est égale partout. Aucune trace anatomique ou physiologique ne reste de notre intervention. Que peut-on demander de plus après une intervention chirurgicale. ?

Observation IV

Dechaume et Duchêne. — *Communication à la Société de Stomatologie février 1934* .

L. Laurent, 7 ans est amené à la consultation de stomatologie de l'hôpital Saint Louis pour une tuméfaction de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur ; elle se serait manifestée pour la première fois en novembre 1933 en même temps que des douleurs assez violentes pour troubler le sommeil. Un

dentiste consulté refusa de pratiquer l'extraction en raison de la fluxion. Quelques jours après issue spontanée de pus qui amena une sédation des douleurs. Dans les premiers jours de décembre la mère demande l'avis d'un médecin qui nous adresse l'enfant.

Il présente une légère tuméfaction à la partie inférieure de la région génienne droite ; couleur des téguments normale ; pas de signe de Vincent. On sent nettement que la tumeur, du volume d'une petite noix, fait corps avec l'os sur toute la hauteur de la face externe du maxillaire ; la région basilaire elle-même est légèrement épaissie.

Après ouverture de la bouche, on aperçoit le vestibule légèrement surélevé en regard des molaires de lait ; la muqueuse a conservé sa couleur normale. La palpation donne la sensation de balle de celluloïd, ne laissant aucun doute sur le diagnostic de kyste. La deuxième molaire de lait est réduite à l'état de racines, la première présente une dentinite, la dent de 6 ans est saine.

Il est donc vraisemblable qu'il s'agit d'un kyste folliculaire de la deuxième prémolaire en rapport avec l'infection de la deuxième molaire de lait. Mais la radiographie montre qu'il s'agit sans aucun doute d'un kyste paradentaire développé autour des apex de la deuxième molaire de lait : les germes des prémolaires bien que se trouvant au voisinage du kyste, semblent indépendants de lui.

Le 7 décembre 1933, sous anesthésie locale, énucléation facile mais délicate de la poche kystique qui occupe toute la face externe de l'os jusqu'à la région basilaire. Après cette énucléation on aperçoit dans la paroi osseuse de la table interne le follicule de la deuxième prémolaire dont le sac péri-coronaire simulait un fragment de poche kystique. Il importe de préciser, qu'après l'extraction de la deuxième molaire de lait, nous avons ouvert la poche kystique pour nous assurer qu'aucune couronne dentaire ne faisait saillie à l'intérieur.

Suites opératoires normales.

L'examen histologique de la paroi a été fait dans le laboratoire du Docteur Civatte par M^{lle} Dolkewitch qui nous a donné le compte rendu suivant « kyste à revêtement épithélial pavimenteux ; en certains points la paroi du kyste envoie des prolongements rameux dans le tissu conjonctif, et à l'intérieur de ces prolongements on trouve une différenciation cellulaire qui rappelle le tissu adimentin (aspect vacuolaire et étoilé des cellules). De plus le kyste est le siège d'une inflammation subaiguë banale ».

Nous avons suivi le malade régulièrement. A la date du 4 janvier la cavité kystique est presque comblée entièrement ; le follicule de d5 n'a pas été éliminé et continue son évolution ainsi que le montre la radiographie :

Etude clinique

Cliniquement il faut distinguer aux kystes parodontaires sur dents de lait comme aux kystes parodontaires développés à l'apex des dents permanentes, deux périodes.

1. — Une période de latence.

2. — Une période de déformation et d'extériorisation.

De plus ces kystes peuvent être le siège de complications dont les principales sont l'ouverture de la poche kystique et son infection.

1. Période de latence

L'interrogatoire apprendra dans la plupart des cas qu'une dent a été le siège de phénomènes douloureux à un moment donné : douleurs spontanées, douleurs à la mastication à la pression ; ces douleurs peuvent être ressenties à des degrés divers, à l'époque où le malade vient consulter.

Dans cette période de latence le kyste est tout entier intra-maxillaire.

L'examen externe est négatif : pas d'asymétrie faciale, pas de douleur à la palpation, pas d'adéno-pathie.

A l'examen endo-buccal : inspection et palpation des régions vestibulaires et linguales ne montrent rien d'anormal : pas de déformation, aucune douleur à la pression.

Mais l'examen de la denture montrera une dent de lait cariée profondément, atteinte de gangrène pulpaire, dans les observations que nous avons rapportées il s'agissait toujours d'une molaire. On aura donc à faire à une dent mortifiée ne réagissant plus au chaud ni au froid, parfois réduite à l'état de racines. Il est à noter que le processus de mortification pulpaire peut se produire sans avoir à aucun moment donné lieu à des douleurs appréciables. Toutefois dans la plupart des cas l'examen dentaire permettra de trouver des symptômes, souvent très atténués d'ailleurs, d'arthrite chronique : légère douleur à la pression et à la percussion verticales, un peu de mobilité.

Si on pratique un examen radiographique on pourra généralement, dès cette période, poser le diagnostic de kyste paradentaire : le cliché radiographique montrera en effet, aux environs de la région apicale une tâche sombre (sur négatif) absolument arrondie, à contours nets.

Dans les observations que nous avons rapportées

on a toujours trouvé en rapport avec le kyste, une dent de lait atteinte de gangrène pulpaire. Signalons toutefois qu'il semble possible, comme cela a été observé pour les kystes développés à l'apex des dents permanentes, que des kystes puissent se développer à l'apex de dents atteintes de mortification pulpaire sans carie, à la suite de traumatismes divers, ou plus rarement d'apports microbiens par vois sanguine.

2^e Période de déformation et d'extériorisation.

Cette période est caractérisée par l'apparition des signes physiques.

A. — Le kyste s'accroît peu à peu, use l'os ; l'évolution se fait généralement vers la table externe, dans la région vestibulaire, où apparaît en un point une tuméfaction.

A cette période l'examen externe est négatif. Mais l'examen endobuccal montrera à l'inspection une légère bosselure, la muqueuse conservant son aspect normal, et la palpation permettra de sentir une tuméfaction arrondie, de consistance osseuse, faisant corps avec l'os, et absolument indolore.

B. — A un stade plus avancé, l'examen systématique du malade pourra montrer les signes suivants :

Examen externe.

a. — Inspection.

Lorsque le kyste atteint un volume assez considé-

rable il produit une déformation faciale : il repousse la joue ou les lèvres et produit une asymétrie plus ou moins visible. Dans le cas de Lemaître et Ruppe la simple inspection faciale permet de noter une déformation de la joue gauche dans la région sous-malaire. Dans le cas de Minière déformation de la joue gauche surtout marquée à la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche, entraînant une asymétrie très nette.— Dans l'observation de Dechaume on note une légère tuméfaction de la région génienne droite.

b. — Palpation

La palpation donne la sensation d'une tumeur qui fait corps avec l'os. Elle montre également l'absence de douleur et d'adénopathie.

Examen endobuccal

a. — Inspection

En écartant les joues la région vestibulaire apparaît nettement : on voit alors une saillie globuleuse, lisse, régulière, comblant en partie le sillon gingivo-jugal ; le volume en est variable : il varie, dans les observations que nous avons rapportées, du volume d'une petite noix (Dechaume), d'une grosse noix (Lemaître et Ruppe), à celui d'un œuf de poule (Minière). La muqueuse n'est ni infiltrée ni congestionnée.

b. — Palpation

Lorsque l'os est suffisamment usé et aminci, la palpation donne une sensation particulière qui porte le nom de crépitation parcheminée : si on appuie sur la paroi osseuse amincie, après l'avoir déprimée une première fois, elle revient brusquement vers le doigt en faisant entendre un bruit particulier et en produisant une sensation tactile analogue à celle que donnerait une balle de celluloid. La crépitation parcheminée doit toujours être recherchée car elle est presque pathognomonique des kystes. Dans le cas de Dechaume ce symptôme a été noté.

Cependant, au bout d'un certain temps, la crépitation parcheminée disparaît, parce que le tissu osseux a été peu à peu détruit par la paroi kystique. On a donc à faire, au moins en ce qui concerne la palpation d'une certaine zone de la tumeur, à une tumeur liquide, qui, si elle est sous une forte pression donnera une sensation de rénitence, et c'est le cas le plus fréquent, et qui, si elle est sous pression moyenne donnera une sensation de fluctuation. Autour de cette zone le kyste reste en contact avec le tissu osseux persistant.

Dans l'observation rapportée par Lemaître et Ruppe le kyste était arrivé précisément à ce stade « une certaine partie de la masse donnait une sensation de tumeur liquide des plus nettes, tout autour de cette

zone fluctuante existe une collerette osseuse qui se continue à la périphérie avec l'os normal. » .

De même dans l'observation de Minière la paroi osseuse est inexistante dans toute la partie supérieure du kyste, et la tumeur donne la sensation de fluctuation

Dans ces deux observations, on n'a pas trouvé de crépitation parcheminée parce que l'usure de la table osseuse était telle qu'il n'existait presque plus de paroi osseuse amincie au contact de la muqueuse.

D'ailleurs, il arrive un moment où cette paroi osseuse disparaît complètement, et on a partout la sensation d'une tumeur liquide, le doigt qui palpe n'étant séparé de la masse liquide que par la muqueuse et la paroi kystique.

3°. *Complications*

Quelles sont les complications qui peuvent se produire au cours de l'évolution d'un kyste paradentaire sur dent de lait ? La plupart sont communes à tous les kystes paradentaires : ce sont l'ouverture et l'infection de la poche, et d'autre part le refoulement des organes de voisinage ; mais dans cette dernière catégorie de complications nous aurons plus particulièrement à signaler la perturbation que le développement de la poche kystique peut amener dans l'évolution des germes voisins des dents permanentes.

1. — L'ouverture de la poche kystique est excep-

tionnellement spontanée, lorsque le kyste est arrivé à un degré d'évolution avancé, par usure de la paroi osseuse et de la muqueuse.

Plus souvent, elle est provoquée, par un traumatisme, par un acte opératoire tel qu'une incision, une cautérisation, une avulsion.

Cette ouverture peut être suivie de fermeture rapide avec reconstitution de la tumeur, mais dans la plupart des cas elle est suivie d'infection du contenu kystique, et de fistulation. Cependant l'ouverture, spontanée ou provoquée, n'est pas indispensable à la production de l'infection. Nous savons en effet que pour qu'un kyste paradentaire se développe il faut une infection atténuée et non pas virulente, mais si, alors que le kyste est déjà constitué des germes microbiens deviennent virulents, ils peuvent déterminer des accidents infectieux suppuratifs.

Dans certains cas les symptômes infectieux sont au premier plan, masquant les symptômes kystiques : il y a apparition d'une fluxion avec réactions douloureuses spontanées assez violentes. Par exemple dans l'observation rapportée par Dechaume ces phénomènes infectieux avec douleurs spontanées et fluxion sont les premiers en date, ce sont eux qui ont amené le petit malade à consulter. Au bout de quelques jours la paroi kystique cède, une suppuration abondante s'établit, il se produit dans la bouche un écoulement

de liquide séro-purulent louche contenant généralement des paillettes de cholestérine. Dans la règle après cette évacuation de pus il persiste une fistule punctiforme qui n'a pas tendance à se tarir.

Cette suppuration est purement intra-kystique ; rarement il y a ostéite ou suppuration des plans superficiels. Notons que le kyste suppuré cesse de s'accroître.

2°. — En dehors de ces complications infectieuses il en existe d'autres, celles qui sont dues au refoulement des organes de voisinage.

Notons qu'un kyste peut au maxillaire supérieur envahir progressivement les fosses nasales, ou plus fréquemment le sinus, et s'y fistuliser, — qu'au maxillaire inférieur il peut refouler, comprimer le paquet vasculo-nerveux et déterminer des phénomènes névralgiques ou exceptionnellement des phénomènes anesthésiques dans le territoire du nerf dentaire inférieur.

En outre, au cours de son évolution un kyste peut modifier les rapports des dents entre elles. En particulier un kyste paradentaire sur dent de lait pourra influencer sur la position et sur l'évolution des germes voisins de dents permanentes. La paroi kystique au cours de son développement refoulera ces germes, empêchera leur évolution normale et les placera en ectopie plus ou moins marquée. Un problème thé-

rapeutique se posera au sujet de ces germes, nous le discuterons quand nous étudierons le traitement.

Signalons que certains auteurs (Bercher) soutiennent qu'un kyste paradentaire sur dent de lait peut se laisser perforer par un germe de dent permanente en évolution ; ainsi serait constituée une tumeur qui serait à la fois un kyste paradentaire de la dent de lait, et un kyste dentifère de la dent permanente. Ce serait donc une étiologie possible des kystes dentifères. Pour Dechaume les kystes dentifères (corono-dentaires ou gubernaculaires) et les kystes paradentaires correspondent à deux ordres de faits différents.

Diagnostic

Dans tous les cas, il faut après avoir procédé à l'interrogatoire du malade, faire un examen systématique : examen facial, examen endo-buccal, examen de la denture.

Dans tous les cas, il sera indispensable de faire une radiographie. Une ponction exploratrice sera souvent utile. Le diagnostic différentiel se présente dans des conditions différentes suivant qu'il s'agit d'un kyste non infecté, d'un kyste infecté, d'un kyste fistulisé.

Kyste non infecté.

En cas de kyste, en dehors des symptômes cliniques, la ponction et la radiographie donneront les renseignements suivants :

La ponction (qui peut être impossible tout-à-fait au début, la table osseuse n'étant pas suffisamment amincie) permettra en cas de kyste de retirer un liquide filant, visqueux, contenant en suspension des paillettes de cholestérine.

La radiographie montrera une image sombre (sur

négatif) à fond homogène, avec des bords arrondis et nets.

Le diagnostic pourra se poser avec :

1^o Une périostose, c'est-à-dire une réaction chronique du périoste. On aura, comme dans le kyste au début de la période de déformation, à faire à une tuméfaction de consistance osseuse, faisant corps avec l'os ; sa forme sera toutefois moins régulière que s'il s'agit d'un kyste. Cette périostose aura pour point de départ des lésions à l'apex d'une dent à pulpe gangrenée. La ponction sera négative, la radiographie montrera des lésions periapicales, mais non pas l'image nette et arrondie d'un kyste.

2^o Avec les tumeurs bénignes d'ailleurs très rares.

a) Les fibromes et les chondromes naissent surtout aux dépens du périoste, déforment l'os sur une plus grande étendue que ne le fait généralement le kyste, ont un aspect en fuseau qui parfois déprime symétriquement les deux tables. La radiographie donne une image sombre mais à contours moins nets que le kyste.

b) L'ostéome, de consistance dure, siège surtout au niveau de la voûte palatine ou de l'apophyse montante. La radiographie donne une image de condensation osseuse.

c) L'odontome se développe de préférence au niveau des molaires inférieures. forme une saillie qui se

rapproche de plus en plus du bord alvéolaire, tandis que le kyste en reste toujours plus ou moins distant.

Dans tous ces cas, la ponction est négative.

3^o Avec les tumeurs à myeloplaxes.

Elles peuvent donner les mêmes caractères physiques qu'un kyste, et par suite prêter à confusion. Une ponction exploratrice positive permettra de les éliminer. La radiographie donne une image très particulière à contours polycycliques avec des cloisonnements.

4^o Avec les tumeurs malignes.

Chez l'enfant il ne saurait être question d'épithélioma. Le sarcome donne la sensation d'une tumeur bosselée, s'accompagne de la mobilité des dents voisines ; il y a assez souvent au niveau de la région vestibulaire des varicosités gingivales. Si le sarcome se développe au maxillaire inférieur il provoque une anesthésie de la région mentonnière.

La ponction est négative.

La radiographie ne donne pas une image nette de raréfaction osseuse, à contours arrondis comme dans le kyste, mais montre un os un peu flou, un peu floconneux.

Kyste infecté

En cas de kyste infecté le diagnostic pourra se poser :

1° Avec l'ostéophlegmon, lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste qui vient de s'infecter et de donner lieu à une poussée inflammatoire suivie de l'évacuation d'un liquide plus ou moins purulent.

L'ostéophlegmon est caractérisé par l'importance de la réaction du tissu cellulaire. De plus l'interrogatoire en cas de kyste, apprendra que depuis long-longtemps existait dans le vestibule une tumeur s'accroissant lentement et absolument indolore. Si on peut examiner le liquide évacué on constatera qu'il est plutôt séro-purulent que franchement purulent et qu'il contient (souvent) des cristaux de cholestérine. En explorant la poche kystique ouverte on pénétrera dans une cavité osseuse plus ou moins profonde qui n'existe pas dans l'abcès. De plus dans le cas d'abcès, les phénomènes aigus une fois disparus, la tuméfaction diminue, alors qu'elle augmente dans le kyste.

2° Avec l'abcès sous périosté.

Qui est rare et qui siège généralement à la voûte palatine et sous la muqueuse gingivale.

3° On pourrait songer dans certains cas à une ostéomyélite, mais la douleur est beaucoup plus accentuée et les signes généraux plus marqués, parfois inquiétants.

Kyste fistulisé.

En cas de kyste fistulisé il s'agit d'une fistule punctiforme, non bourgeonnante. Le stylet pénètre dans une cavité et vient buter sur une surface assez molle, la dureté de l'os étant voilée par un revêtement membraneux. La suppuration abondante est constituée par un mélange de liquide kystique et de pus.

La fistule dentaire au contraire est bourgeonnante, le stylet pénètre avec difficulté de quelques millimètres et s'arrête sur un fragment de racine, ou en cas d'ostéite sur un os dénudé ou un séquestre.

Le diagnostic de kyste étant posé, est-ce qu'il est possible cliniquement de savoir s'il s'agit d'un kyste paradentaire développé à l'apex d'une dent de lait, ou bien d'un kyste dentifère en rapport avec un germe de dent permanente. Cela semble impossible ; dans les cas observés par Minière et Dechaume ces auteurs ont tout d'abord pensé à un kyste dentifère. C'est la radiographie seule qui permettra le diagnostic. Dans le cas de kyste paradentaire on verra une image sombre régulière et arrondie à l'apex d'une dent de lait, aucun germe de dent permanente n'étant englobé dans le kyste.

Dans le cas de kyste dentifère on verra également une image sombre mais indépendante des racines des dents de lait, et venant s'insérer au collet d'un germe de dent permanente.

Etiologie - Pathogénie

Alors que la pathogénie des kystes dentifères est encore discutée, il est admis aujourd'hui par tous les auteurs que les kystes paradentaires se développent aux dépens des débris épithéliaux paradentaires de Malassez.

Ces débris proviennent de la lame épithéliale, des cordons de l'organe adamantin, de la couche externe de cet organe, et des végétations partant de ces diverses parties. Ils se répartissent autour de chaque dent, du collet, à l'extrémité de la racine en trois groupes.

1° Les superficiels ou gingivaux, provenant des débris épithéliaux gingivaux et dérivant de la lame épithéliale.

2° Les moyens, qui occupent presque toute la hauteur de la racine ; ils ont pour origine les débris gubernaculaires du cordon de l'organe adamantin.

3° Les profonds, situés au voisinage de l'extrémité de la racine, sont issus de l'anneau épithélial, donc de l'organe adamantin lui-même.

Lorsqu'une dent est atteinte de gangrène pulpaire il peut se produire deux sortes de complications.

1° Si une infection virulente arrive à l'apex de cette dent, il se produit une suppuration ; on a le tableau de la monoarthrite apicale suppurée.

2° S'il s'agit d'une infection atténuée, il y a irritation des débris épithéliaux ; le tissu conjonctif du ligament alvéolo-dentaire prolifère ; ces deux tissus épithéliaux et conjonctifs, réagissent l'un sur l'autre, et il se constitue un granulome. Ce granulome peut suppurer, s'abcéder, et disparaître. Mais si l'infection est latente, il se forme une véritable éponge épithéliale dans laquelle se produisent de petites hémorragies et où se forment des dépôts de cholestérine. Puis le granulome se perce de trous, il se produit une vacuolisation, une véritable cavité apparaît, et un kyste est constitué.

Les kystes paradentaires, très fréquents sur dents permanentes, sont très rares sur dents temporaires.

En quoi et comment sont modifiés chez l'enfant les deux facteurs indispensables à l'apparition d'un kyste, les débris paradentaires d'une part, l'infection d'autre part.

Nous rapporterons ici l'opinion émise par Lemaitre et Ruppe « L'étude des débris paradentaires montre que les ligaments alvéolo-dentaires qui entourent les dents de lait présentent des débris épithéliaux

groupés de la même manière et ayant la même origine que les débris paradentaires des dents permanentes ; comme ces derniers ils semblent donc susceptibles de proliférer sous l'action d'une infection dentaire.

Il existe cependant une différence à ce point de vue entre les dents de la première et celles de la deuxième dentition. Les débris paradentaires des dents de lait disparaissent en effet lors de la résorption des racines de ces dents. Malassez nous explique comment se fait cette disparition : le tissu conjonctif du ligament alvéolo-dentaire ainsi que celui de la pulpe entre en activité ; il prend un aspect embryonnaire, se transforme en bourgeons charnus riches en capillaires, et présente çà et là quelques grosses cellules multinuclées ; on conçoit que ce tissu éminemment destructeur qui érode progressivement ciment et ivoire, soit capable de détruire rapidement les petits débris épithéliaux situés à son voisinage.

Ainsi, dents de lait et dents permanentes présentent à leur voisinage les mêmes débris paradentaires, mais, tandis que les débris épithéliaux de celles-ci persistent aussi longtemps que les dents elles-mêmes, les débris de celles-là disparaissent dès que commence la résorption des racines.

En d'autres termes l'existence des débris paradentaires des dents permanentes se compte par dizaines d'années, tandis que l'existence des débris épithé-

liaux des dents de lait est extrêmement courte puisque la résorption des racines de ces dents commence, pour les incisives vers l'âge de 3 ou 4 ans, et pour les canines et les molaires vers 7 ou 8 ans.

Voyons maintenant s'il existe au point de vue de l'infection une différence entre les deux dentitions. Cette fois encore l'anatomie va nous guider. Les dents de lait présentent une chambre pulpaire et des canaux très larges, alors que les parois de la denture et du cément sont peu épaisses : cette disposition explique l'évolution de l'infection. Celle-ci rencontre en effet une cavité spacieuse qui communique largement avec le milieu buccal ; le drainage se fait bien et l'infection, de ce fait, a peu de tendance à franchir l'apex, à irriter les débris paradentaires. Vient-elle à franchir l'apex, elle provoque alors le plus souvent des accidents fluxionnaires aigus qui ont plutôt tendance à détruire les débris épithéliaux qu'à les exciter. Or nous savons que la prolifération des débris épithéliaux est surtout réalisée par l'action irritative d'une infection périapicale légère mais de longue durée.

Pour nous résumer nous dirons que la rareté des kystes paradentaires des dents de lait nous semble due aux conditions anatomiques et évolutives de ces dents.

D'une part l'existence des débris épithéliaux de la première dentition est extrêmement courte, puis-

qu'elle cesse dès que commence la résorption radiculaire de ces dents.

D'autre part, l'infection des dents de lait ne réalise pas les conditions de durée et d'insidiosité nécessaires à la prolifération épithéliale des kystes paradentaires».

Ces arguments expliquent parfaitement la rareté des kystes paradentaires sur dents de lait, et le mécanisme de leur production. Remarquons que dans les quatre observations que nous avons rapportées il s'agit de molaires, ce qui semble corroborer les idées qui viennent d'être exposées, la résorption des racines des molaires commençant plus tard que celles des incisives.

Traitement

Le traitement des kystes paradentaires sur dents de lait comporte d'une part les mêmes indications que le traitement des autres kystes paradentaires, et d'autre part, des indications particulières à cause de la présence des germes de la deuxième dentition.

Le seul traitement est la cure radicale. L'indication majeure est l'extirpation complète de la paroi kysrique

Dans tous les cas on aura pratiqué un examen radiographique qui permettra de préciser la situation du kyste, ses dimensions, ses rapports avec la dent causale, les dents voisines et surtout ses rapports avec les germes des dents permanentes.

On aura procédé à un examen complet du malade, en particulier on recherchera les troubles sanguins possibles : hémophilie, hémogénie, On mettra enfin la bouche en état en pratiquant un détartrage, des cautérisations gingivales, et en enlevant les racines pouvant exister.

Anesthésie.

L'anesthésie locale par infiltration sera employée dans la grande majorité des cas : on circonscrit la tumeur par une série d'injections d'une solution de novocaïne à 2%, de façon à faire une infiltration très large.

Dans quelques cas de kystes volumineux, en particulier s'ils sont infectés, il sera préférable d'employer l'anesthésie régionale :

a) Au maxillaire supérieur l'anesthésie sera faite au niveau du point d'émergence du nerf maxillaire supérieur à sa sortie du trou grand rond, -qu'on peut atteindre par divers voies.

b) Au maxillaire inférieur on pratiquera l'anesthésie à l'épine de Spix.

Qu'on emploie l'anesthésie locale simple, ou l'anesthésie régionale il ne faut pas que le malade soit à jeun.

Enfin ce n'est que dans des cas tout-à-fait exceptionnels, s'il s'agit par exemple de sujets particulièrement pusillanimes ou impressionnables qu'on emploiera l'anesthésie générale.

Intervention.

La voie d'abord sera toujours la voie vestibulaire, car si on choisit la voie linguale on a des hématomes, si on choisit la voie palatine, on a des pertes de substance difficiles à combler.

On extrait la dent de lait causale puis on fait une incision parallèle à l'arcade dentaire allant d'un bout à l'autre du kyste, ou une incision en U en éventail. On décolle ensuite la fibro-muqueuse à la rugine. Avec la spatule si l'os est très aminci et perforé, avec la gouge et le maillet, s'il est résistant, on découvre la poche kystique. Puis avec un décorcteur mousse de Chompret on décolle la membrane kystique qu'on reconnaît à son aspect nacré plus ou moins violacé et on enlève la masse kystique. S'il est resté dans la profondeur quelques fragments adhérents on pratique un curetage.

Il semble préférable de ne pas suturer. On fera pendant plusieurs jours des lavages de la plaie opératoire à la seringue avec une solution d'eau oxygénée les deux premiers jours, puis avec une solution de chlorure de sodium à 7 pour mille les jours suivants.

Les kystes paradentaires de la première dentition diffèrent de ceux de la deuxième dentition par la présence dans leur voisinage de germes dentaires. Faut-il conserver ces germes faut-il les sacrifier ? Voici l'opinion de Lemaitre et Ruppe à ce sujet.

« Pour certains germes l'ablation s'impose ; c'est ainsi que chez notre petit malade le germe en rapport immédiat avec la paroi inféro-externe du kyste a été enlevé en même temps que cette paroi à laquelle il adhérait. Pour d'autres le chirurgien a le choix entre

l'exercice ou la conservation. Mais nous avons préféré l'exérèse pour deux raisons, d'une part lorsque la paroi kystique est enlevée la cavité folliculaire du germe se trouve en communication avec la cavité opératoire largement ouverte dans la bouche ; elle semble donc vouée à l'infection et cette infection ne peut aboutir qu'à l'expulsion secondaire des germes, à la folliculite explosive. D'autre part en admettant que les germes non infectés continuent de vivre, leur refoulement par le kyste les ayant placés en ectopie très marquée, ils sont destinés ultérieurement ou bien à rester inclus, ou bien à provoquer des accidents d'éruption dentaire anormale. Nous croyons donc qu'il est préférable d'enlever les germes situés au voisinage d'un kyste paradentaire de dent de lait ».

Mais les conséquences de cette ablation étant graves : sacrifice dentaire et atrophie plus ou moins marqué du maxillaire, n'est-il pas possible de les conserver ?

a) Fromont dans sa thèse sur les kystes coronodentaires insiste sur la possibilité d'être conservateur vis-à-vis des germes. Il cite une observation du Docteur Nespoulous relative à un cas de kyste coronodentaire observé chez un enfant de 10 ans et demi, intéressant la moitié gauche du maxillaire supérieur. On pratiqua l'extraction des deux incisives supérieures gauches ; on énucléa le kyste, mais les germes den-

taires furent respectés. Quatre mois après l'opération les dents avaient évolué complètement.

b) Chompret, Izard et Dechaume, dans la *Revue de stomatologie*, de décembre 1929 citent le cas d'un kyste corono-dentaire chez une petite fille de 8 ans, en rapport avec d⁵.

« Intervention le 22 juin 1929 sous anesthésie locale excellente. Une incision au bistouri conduit dans la cavité kystique dont l'hémisphère supérieur est réséqué. Le reste de la poche est curetté avec prudence pour ne pas traumatiser la couronne qui est mobile comme un bouchon sur l'eau. Suites opératoires excellentes, l'enfant part en vacances. Nous la voyons au mois d'octobre. Localement tout va parfaitement, la couronne de d⁵ est actuellement en place sur l'arcade, elle est en légère vestibulo-position, la surface triturante est à moins de 1 centimètre au dessous de celle de d⁶. D'autre part elle est solidement implantée dans un maxillaire qu'une nouvelle radiographie montre normal ».

Ces auteurs prévoient pour la mise en place de d⁶ un traitement orthodontique consistant essentiellement à distaler la dent de six ans de façon à créer un espace suffisant pour la migration de d⁵.

c) Dans l'observation de Roy qui au cours de son intervention avait respecté les germes des deux prémolaires, nous voyons qu'un mois après l'intervention

si l'un des germes refoulé sous la racine mesiale de la première grosse molaire, semble destiné à rester inclus, l'autre est venu prendre place sur l'arcade.

d) Dans l'observation de Minière qui a, lui aussi, au cours de son intervention respecté les germes des dents permanentes, on voit un an après l'intervention que les germes des deux prémolaires ont fini leur éruption et « sont venus se ranger dans un ordre parfait, sur une arcade ramenée à des dimensions normales ».

e) L'observation rapportée par Dechaume semble être également un nouvel argument en faveur d'une thérapeutique conservatrice. En effet, au cours de l'intervention on laisse en place le follicule de la deuxième prémolaire qui, un mois après n'a pas été éliminé et cantonne son évolution.

Nous basant sur ces différentes observations, nous dirons qu'il semble que l'exérèse des germes dentaires voisins au cours de l'énucléation d'un kyste paradentaire sur dent de lait, soit au moins prématurée.

Il faudra toujours essayer de garder ces germes.

Les observations rapportées par plusieurs auteurs, qu'il s'agisse de kystes paradentaires ou de kystes dentifères, ont montré les nombreux résultats heureux obtenus par la thérapeutique conservatrice chez l'enfant.

Conclusions

1° On peut observer des kystes paradentaires développés à l'apex des dents temporaires. Mais ils sont beaucoup plus rares que ceux développés à l'apex des dents permanentes.

2° Leur rareté s'explique de la façon suivante :

D'une part l'existence des débris épithéliaux de la première dentition est extrêmement courte, puisqu'elle cesse dès que commence la résorption des racines des dents de lait.

D'autre part, l'infection des dents de lait ne réalise pas les conditions de durée et d'insidiosité nécessaires à la prolifération épithéliale des kystes paradentaires.

3° Leur symptomatologie est identique à celle des kystes paradentaires sur dents permanentes, et à celle des kystes dentifères. La radiographie permettra d'en faire le diagnostic.

4° Leur traitement est chirurgical. Comme pour les kystes paradentaires sur dents permanentes il

consiste à pratiquer l'énucléation de la poche kystique.

Mais, point particulier, au cours de cette énucléation il faut respecter les germes des dents permanentes.

Vu :
Le Doyen :
ROUSSY

Vu :
Le Président de la thèse :
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLÉTY.

Bibliographie

Albaran. — « Kystes des machoires ». *Revue de chirurgie*, Paris, 1888.

Broca. — *Traité des tumeurs*, 1869, t. II.

Blanc (Pierre). — *Contribution à l'étude des kystes paradentaires du maxillaire inférieur*, Thèse, Lyon, 1925.

Coryllos. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1912.

Chompret, Izard et Dechaume. — « Conservation de la dent dans la cure des kystes corono-dentaires ». *Revue de Stomatologie* décembre 1929.

Croquefer. — *Contribution à l'étude histologique des kystes paradentaires*. Thèse, Paris, 1924.

Dechaume et Duchêne. — « Un cas de kyste paradentaire sur dent de lait ». *Société de stomatologie*, février 1934.

Delater et Bercher. — « Le granulome paradentaire ». *Revue de stomatologie*, 1919.

— « Recherches sur l'unité des différentes formes de kystes paradentaires », *Revue de stomatologie*, mai 1922

— « Documents anatomo-pathologiques à propos de deux cas de kystes dentifères ». *Revue de stomatologie*, vol. XXIV, n° 7.

Fromont. — *Des kystes corono-dentaires*, Thèse, Paris, 1926.

Fargin-Fayolle. — *Kystes radiculo-dentaires. Traité de stomatologie*. Gaillard et Nogué, t. V.

Galippe. — *Les débris épithéliaux paradentaires d'après les travaux de Malassez*, Masson, 1911.

- Lemaitre et Ruppe.** — « Un cas de kyste paradentaire né aux dépens d'une dent de lait ». *Annales internationales de laryngologie*, 1924.
- Leriche et Cotte.** — « Classification et pathogénie des tumeurs d'origine dentaire ». *Revue de chirurgie*, 1910.
- Magitot.** — « Notes sur la pathogénie des kystes des mâchoires ». *Société de biologie*, Paris, 1880.
- Malassez.** — « Sur la pathogénie des kystes dits folliculaires de mâchoires ». *Société de Biologie*, 1885.
— « Sur la pathogénie d'un kyste folliculaire ». *Société de Biologie*, 1888.
- Maurel. (Gérard)** — *Chirurgie maxillo-faciale*, 1931.
- Minière.** — « Propos sur le traitement et l'étiologie des kystes dentifères ». *Revue de stomatologie*, août 1933.
- Roy.** — « Les kystes dentifères ». *Odontologie*, 1924.
— « Les kystes sur dents de lait ». *Odontologie*, janvier 1932.
- Ruppe.** — *Pathologie de la bouche et des dents*, 1931.
- Tellier et Dunet.** — « Kyste dentifère, Anatomie pathologique, pathogénie ». *Revue de stomatologie*, 1930.
-

Imprimerie F. BOISSEAU, 34, rue du Taur. — Toulouse

